

УДК 616.891-085.851

## КОНВЕРСИОННЫЕ / ДИССОЦИАТИВНЫЕ И ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ В СТРУКТУРЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ, НЕВРОТИЧЕСКИХ / ПСИХОПАТИЧЕСКИХ РАЗВИТИЙ И РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ В КОНТЕКСТЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОТЕРАПИИ



В. Ф. Простомолотов

Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

**Аннотация.** В статье описаны клинические варианты психастенического и истерического типов характера, проявляющиеся обсессивно-фобическими и конверсионными/диссоциативными расстройствами. В соответствии с конституциональной основой (циклоидной, шизоидной, эпилептоидной или их смешения), на основе которой, по мнению автора, развивается истерический и психастенический характер, клинические проявления могут заметно отличаться, что затрудняет диагностику, установление и поддержание психотерапевтического контакта, проведение адекватной психотерапии. Трудности на этом не заканчиваются. Принятые в теории, описанные в учебниках и монографиях т. н. классические типы и формы пограничных психических расстройств в клинической реальности оказываются редкими, значительно уступая смешанным. В данной работе акцент сделан именно на детальном описании новых подтипов и подвариантов при использовании старых классических моделей.

**Ключевые слова:** конверсионные, тревожно-фобические, характер, акцентуация, расстройство личности, смешение симптомов, особенности терапии.

Среди жалоб пациентов психотерапевта/клинического психолога одними из наиболее частых фигурируют симптомы круга истерических и психастенических расстройств\*, при этом они же указывают, как правило, и на соответствующий тип личности. Подобное указание, имеющееся практически во всех учебниках и монографиях по психиатрии, усвоилось специалистами настолько глубоко, что, будучи, в принципе, верным, часто, как это ни выглядит парадоксально, затрудняет диагностику и терапию. И не только потому, что при серьезной неврологической и даже нейрохирургической патологии (например, при рассеянном склерозе, объемных образованиях и др.) ее фасадом на начальном этапе болезни могут выступать истерические и психастенические симптомы, маскируя таким образом основную болезнь на многие месяцы.

Круг обсуждаемых в статье клинических проявлений сплошь и рядом манифестирует при церебрально-органической и эндогенной психической патологии, протекаемой ларвированно. К тому же следует признать, что принятые в теории, описанные в учебниках т. н. классические типы и формы пограничных психических расстройств, в первую очередь – расстройства личности, в клинической реальности оказываются редкими,

значительно уступая смешанным. На последние – применительно к акцентуированным личностям, крайним вариантам т. н. нормы – настоятельно обращал внимание К. Леонгард в своей известной монографии [1]. Однако мы не можем отделаться от мысли, несмотря на многократное прочтение его труда, что большинство из описанных им акцентуированных личностей, особенно в клинических иллюстрациях, отвечают трем принципиальным признакам для отнесения их к психопатиям, указанным П.Б.Ганнушкиным [2] в 1930 г. и повторенным в МКБ-10 через 60 лет.

Сравнительное сопоставление истерических и психастенических проявлений, выступающих обычно изолированно друг от друга, позволяет эти два пласта невротических и психопатических симптомов исследовать более прицельно, что и является **целью данной статьи.**

Что касается смешения этих симптомов, то в наиболее частых, типичных случаях приходится наблюдать его в минимальных клинических и субклинических оттенках. При этом у истерических, демонстративных личностей часто обнаруживаются вкрапления таких психастенических симптомов, как повышенная тревожность, неуверенность, сомнения, навязчивые фобии, обычно ипохондрического содержания.

Думается, что в основе таких психастенических вкраплений лежит достаточно высокий уровень тревоги, обусловленный церебраль-

\* — По МКБ-10, называемых конверсионными/диссоциативными и ананкастными/тревожными, уклоняющимися. Перечисление их многочисленных проявлений заняло бы более 8 страниц.

ными (экзогенными, эндогенными) и психосоциальными (воспитание, среда, др.) факторами. Истерические вкрапления в структуре других типов характера также являются следствием подобных факторов, способствующих развитию эмоциональной лабильности, психической слабости, эгоцентризма.

Принято считать, что, если истерики – это люди, жаждущие признания, то психастеники, люди тревожные и нерешительные, – боящиеся признания и всего того, что как-то демонстрировало бы их намерения и стремления. Что касается признания, то известно, что значительная часть психастеников не лишена честолюбия и, следовательно, наравне со всеми людьми они обнаруживают стремление быть признанными. Другое дело, что их стремление к признанию в корне отличается от истерического: будучи обстоятельными и часто совестливыми людьми, они лелеют надежду и мечту о признании своих трудов и тяжело переживают, если этого не происходит; при этом соматические болезненные проявления – обычно вегетативные дисфункции – загоняются вовнутрь. Истерические же, демонстративные личности перманентно жаждут признания, используя для его достижения весь арсенал особенностей своей незрелой, поверхностной, непостоянной, лживой натуры. Не получив удовлетворение своим притязаниям, истерическая личность тут же разряжается демонстративной реакцией, которую можно отнести к какому-либо варианту «двигательной бури» или «мнимой смерти» Э.Кречмера [3]. Тонко подмеченный К.Ясперсом [4] стиль жизни истериков – «казаться, а не быть» – определяет их искусственность, фальшивость, лживость, ибо что значит «не быть, а казаться», как не жить, постоянно обманывая.

По нашим наблюдениям, демонстративное поведение у психастеников отнюдь не является редкостью. Следует, однако, признать, что оно выполняет защитную функцию в социуме, когда в одном случае демонстрируемая беспомощность смягчает у контрагента эмоциональный напор, вызывая жалость и таким образом отвращая грубость и силу; а в другом случае является выражением гиперкомпенсации, когда психастеник демонстрирует себя суперуверенным, чуть ли не нагловатым. Часто нетерпение психастеников может квалифицироваться как капризность и даже реакция по типу «двигательной бури», когда психастеник сильно раздражен; а занудная психастеническая ипохондрия может выглядеть как демонстративное поведение.

Весьма схожие тики лица неорганической природы могут наблюдаться в струк-

туре и психастении, и истерии, представляя в ряде случаев дифференциально-диагностические трудности. Свойственные психастеникам аккуратность и чистоплотность в одежде, конечно же, обращают на себя внимание, но никогда они не бывают демонстративно вычурными.

Смешение выраженных (махровых, гротескных, шаржированных) истерических и психастенических симптомов весьма патогномично при дефектных состояниях органического и особенно эндогенного генеза, и при этом указывает на расщепленность психических процессов.

При диагностике расстройств личности надо иметь ввиду прежде всего выраженность и стабильность обостренных черт характера, тотально пронизывающих личность со времени возникновения в детском возрасте. Истериками и психастениками – это надо всегда иметь в виду – не становятся в 20–30 и более лет.

Истерические черты и поведение видны уже в раннем детском возрасте, чему способствуют соматическая болезненность, индукция реакций и поведения истеричных окружающих, а также воспитание типа «кумира семьи» или «золушки».

Психастенические черты и поведение обычно обнаруживаются к началу школьного периода [5], чему способствует соматическая, особенно хроническая, патология и воспитующее влияние по типу гиперпротекции, индуцирующее влияние воспитателей, особенно патологически тревожных бабушек и дедушек.

Что касается распространения истерических и психастенических личностей среди женщин и мужчин, явно патологических и только акцентуированных (замечу, разграничение этих двух степеней заостренных черт характера не всегда является простой задачей, зачастую не имеющей практического значения; признание же акцентуации, тождественной «латентной психопатии» П.Б.Ганнушкина [2], нередко и вовсе снимает этот вопрос), то, согласно литературным данным, при истерии доминируют женщины. Б.Д.Карвасарский [6], например, определял это как 10/1. Согласно проведенным нами исследованиям [7], это соотношение больше – 15-20/1. Что касается психастении, то при ней во всех известных мне источниках [2, 4, 8, 9] отмечается преобладание мужчин.

Косвенным подтверждением этого факта являются приводимые в монографиях и учебных пособиях клинические наблюдения, в которых истерия описывается, как правило, у женщин, а психастения – у муж-

чин. По нашим наблюдениям, при психастении соотношение числа женщин к мужчинам обратное тому, что наблюдается при истерии [7]. Разделяемая и клиницистами [3], и нейрофизиологами [10] точка зрения о подкорковой, эмоциональной доминации при истерии и кортикальной, мыслительной деятельности при психастении, подтверждает предпочтительность первой пограничной психической патологии у женщин и второй у мужчин.

В соответствии с исторической традицией, трудов классиков пограничной психиатрии (Э.Кречмера, П.Б.Ганнушкина [2, 11] и др.), а также (и особенно) исходя из клинической реальности, рассматриваю три основных конституциональных типа личности и соответственно им – расстройств личности: сангвиничный-аффективный, шизотимный-шизоидный, авторитарный-эпилептоидный. Что бы ни говорили, а всех пациентов на приеме психиатра/клинического психолога можно систематизировать в плане синтонности-экстраверсии, отчужденности-интраверсии, авторитарности-эксплозивности. Каждая из конституциональных аномалий личности биполярна: гипертимная – гипотимная (циклоидная как промежуточная); сенситивная – экспансивная, возбудимая – эпилептоидная, что таким образом составляет круг из шести конституциональных аномалий.

*NB!* Если принять во внимание реальность смешения конституциональных аномалий между собой, тем более в самых разных соотношениях, число вариантов возрастает весьма и весьма многократно.

Экзогенные факторы, в т. ч. воспитание, могут способствовать в решающей степени формированию демонстративного (истерического) или тревожно-мнительного (психастенического) типов характера той или иной степени выраженности. При этом в зависимости от того, на какую конституциональную основу (аномалию) или их смешение накладывается тот или иной вышеуказанный тип характера, будет разнообразие оттенков – по крайней мере их удвоение – демонстративного (истерического) или тревожно-мнительного (психастенического) типов. Клиницистам, врачам и психологам это уже давно известно, что закреплено в терминологии подобных типов: истероидный циклоид, истероидный шизоид, истероидный эпилептоид (истероциклоид, истерошизоид, истероэпилептоид), а также аналогично – психастеноидный циклоид, шизоид, эпилептоид.

Далее, продолжая рассмотрение разнообразия вариантов особенностей личности, в т. ч. ее патологии, отмечу, что опыт-

ным специалистам известно – и это находит подтверждение в научных исследованиях (В.В.Ковалев [12]; Ю.А.Александровский [9] и др.), – что органическое поражение головного мозга – не редкость. У 10–15% пациентов с жалобами на симптомы пограничных психических расстройств (и мы в ежегодных отчетах, работая практическим врачом на протяжении трех с половиной десятилетий, каждый раз подтверждали это в вышеуказанных границах) выявляется (клинически, параклинически, анамнестически) церебрально-органическая дефицитарность.

Предполагаем, что при объективизации деятельности ЦНС современными методами диагностики типа МРТ и др. эти показатели были бы значительно выше. Церебрально-органическая отягощенность, проявляясь в вегетативной и эмоциональной неустойчивости с преобладанием астенических симптомов в одних случаях, возбудимости и эксплозивности в других, расторможенности влечений – в третьих, вялости и апатичности – в четвертых при наложении на тот или иной тип/подтип конституциональной аномалии личности способствует изменению и усложнению их статики и динамики.

*Истерический (демонстративный) тип*

А.Н.Молохов [13] рассматривал истерический характер только как развитие личности под влиянием среды, с чем трудно не согласиться. В зависимости от конституциональной почвы, из которой вырастает демонстративный (истерический) характер – аффективной, шизоидной, эпилептоидной или их смешения – личностный рисунок, клинические проявления и динамика аномалии будут выглядеть по-иному.

Так, например, демонстративно-аффективная личность, общительная и в известных пределах синтонная, в зависимости от знака аффекта будет, как чеховская попрыгунья, либо искриться демонстративным счастьем, успехом, гиперсексуальностью в гипертимной фазе, либо плаксиво-пасмурным видом вызывать к себе жалость или же быть дисфорично конфликтной в гипотимной фазе. При всем при этом букет демонстративных (истерических) проявлений, основанных на жажде внимания, стремлении казаться, но не быть, эгоцентризме и др., цветет, хотя и с разными оттенками, во всех случаях. В то же время замечено, что аффективная конституция привносит демонстративной (истерической) личности, по сравнению с двумя другими, определенную мягкость и эмоциональную неустойчивость.

Демонстративно-шизоидные личности отличаются болезненной капризностью, от-

страненностью, холодностью. Часто именно эти варианты выглядят наиболее демонстративными (истеричными), манерными, театральными. Сенситивные и экспансивные шизоидные черты придают демонстративным личностям свои характерные оттенки: сверхчувствительность, мимозоподобие, ранимость в пышном обрамлении конверсионных расстройств в первом случае (*Hysteria timosa* старых авторов) и высокомерие, холодный эгоцентризм, демонстративную деятельность – во втором.

Демонстративно-эпилептоидные личности отличаются высокой стеничностью, экспрессивностью, властью. Их претенциозность и застреваемость лежат в основе борьбы за власть, за «справедливость»; при этом они, истинные интриганы, не брезгают ничем из арсенала демонстративных личностей (ложь, наговоры, сплетни, анонимки и т.д.). Определение *Hysteria stervosa* старых психиатров касается, в первую очередь, этого типа расстройства личности. Грубые диссоциативные и конверсионные расстройства (фуги, сумеречное помрачение сознания, функциональные параличи и др.) здесь часты.

Впрочем, наложение черт демонстративных субъектов на основные и смешанные конституциональные типы может придать самые разнообразные оттенки личности, учитывая ту или иную физическую, художественную, интеллектуальную одаренность/посредственность и другие индивидуальные особенности.

Среди проявлений динамики расстройства личности истерического типа наиболее распространенными являются реакции, имеющие тенденцию к повторению и протрагированию, а также развитию до тяжелой степени (ипохондрическое, паранойальное). Соответственно конституциональной основе наблюдаются длящиеся от нескольких месяцев до нескольких лет фазы: депрессивные, сенесто-ипохондрические.

#### *Психастенический тип*

Основные черты психастенической личности [в патологии – ананкастное (обсессивно-компульсивное) расстройство личности, F60.5; тревожное (уклоняющееся) расстройство личности, F60.6;] – крайняя нерешительность, тревожная мнительность, боязливость и склонность к сомнениям. Это люди аналитического ума, самоанализа, нравственного самокопания и самоедства. Сомнения и опасения, эти нормальные проявления любой личности, у психастеников носят форму болезненной навязчивости, в основе которой находится высокий уровень личностной тревоги, обусловленной анато-

мо-физиологическими особенностями высшей нервной деятельности.

Воспитание в атмосфере повышенной ответственности и тревожности, а также астенизация способствуют формированию этого типа аномалии. Тревожному (уклоняющемуся) варианту свойственна мягкость, боязливость, сомнения, носящие навязчивый характер. Известный российский психиатр А.С. Суханов эту аномалию личности описывал как «тревожно-мнительный характер». Ананкастному варианту свойственно пристрастие к порядку, чистоте, педантизму, перфекционизму, обсессивно-компульсивные расстройства, упрямство и энергичная деятельность.

С 1965 г. по настоящее время – очевидно, под влиянием разделяемых нами конституциональных воззрений Э. Кречмера [11] – так и не пришлось встретить пациентов с тревожно-мнительным характером, что называется, в чистом виде, чтобы даже массивная психастеническая симптоматика скрывала конституциональный тип: обычно сенситивно-шизоидный, аффективно-дистимический, гиперсоциально-эпилептоидный, часто в смешанных вариантах. Умеренная общительность, скромность и мягкость в обращении способны увести взгляд диагноста, особенно при первичной консультации, в сторону от вышеуказанных конституциональных типов. Последующее выявление сенситивности, дистимических эпизодов, ригидности, упорства, характерных увлечений, а также конституциональных телесных особенностей, по Э. Кречмеру – форма головы и лица, шеи, затылка, цвет кожных покровов, оволосение, состояние мышечной системы, размер кистей рук и др., а также исследование наследственности пациента (со слов его и близких, изучение принесенных им семейных фотографий, что, замечу, обогащает исследование личности и чем, кстати, сам Э. Кречмер широко пользовался) – все это возвращает видение конституционального типа.

В зависимости от конституциональной почвы (шизоидной, эпилептоидной, аффективной или их смешения), из которой вырастает психастенический характер, личностный рисунок, клинические проявления и динамика аномалии будут выглядеть по-иному, несмотря на одно общее, выраженное, определяющее – тревожную мнительность. Нередко эти различия, к тому же замаскированные еще и уровнем интеллекта и социального статуса, делают их трудно узнаваемыми. Что, скажем, общего между литературными персонажами, чьи характеры – это обязательно надо учитывать – гротескно изображены писателями

(у Н. В. Гоголя – Акакий Акакиевич в «Шинели», у Чехова – Беликов в «Человеке в футляре», Червяков в «Смерти чиновника») и реальными людьми, в данном случае гениальными – Ч. Дарвиным, И. П. Павловым, А. П. Чеховым?

Беглая и поверхностная оценка может привести к отрицанию схожести, особенно если учитывается значение последней тройки великих людей для развития человечества. Если же проанализировать основные черты характера великой тройки, то их высокая тревожность, болезненная щепетильность, совестливость, аккуратность, ипохондричность, навязчивые сомнения, предрасположенность к мыслительной деятельности при ее доминировании над художественной – все это уже не покажется малым для идентификации с рассматриваемым характером психастенического типа.

Что касается упомянутых литературных персонажей, то из них Акакий Акакиевич наиболее чувствительный (здесь просматривается чувствительно-шизоидная конституциональная основа), учитель греческого языка Беликов – футлярно отгороженный (здесь – шизоэпилептоидная), а Червяков – аффективно боязливый (аффективно-дистимическая). При этом у всех троих доминирующими проявлениями характера выступают патологически высокая тревожность и навязчивые сомнения при дефиците чувственного компонента в их жизни. Необходимо учитывать также интеллектуальный и социальный уровень психастеника, ибо эти грани личности существенно влияют на восприятие психологического портрета в целом.

К психастеникам тесно примыкают некоторые типы чувствительных шизоидов, дистимиков и даже высоконравственных эпилептоидов. Среди демонстративных также встречаются тревожные и неуверенные в себе натуры. Однако тревожная мнительность, нерешительность и боязливость выступают во всех названных типах характера, в отличие от психастеников, не как определяющая черта динамики их поведения, а как элемент некоторой мозаичности их характера, в связи с чем их еще называют психастеноидными шизоидами (циклоидами, эпилептоидами и т.д.).

Динамика психастенического расстройства личности характеризуется состояниями декомпенсации – компенсации. При декомпенсации усиливаются навязчивости (навязчивые сомнения, фобии, навязчивые компульсии и др.), которые обычно сопровождаются вегетативными дисфункциями. С учетом конституциональной основы – аффективной/циклоидной, шизоидной или их смешения – у психастеников нередко бывают депрессивные фазы.

В лечении и профилактике расстройств психастенического и истерического круга психическое взаимодействие профессионального психотерапевта с пациентом является ведущим. Принятое среди психиатров и психологов мнение, берущее начало во времена патриархов зарождающихся пограничной психиатрии и психотерапии, что истерические пациенты тяготеют к гипносуггестивным методам (как бы более простым), а психастенические – к рациональным, познавательным, аналитическим (как бы более сложным), на мой взгляд, должно быть пересмотрено. За 170 лет развития научной психотерапии (со времени открытия Дж. Брэда) стало ясно, что простых пациентов не бывает. Как правило, в каждом пациенте намешано множество соматических, в т. ч. церебрально-органических, неблагоприятных и предрасположенностей с психическими факторами (наследственностью, болезненным и сложным характером, дефектами воспитания, окружения, травматичным жизненным путем и др.). Часто простое на вид невротическое расстройство при профессионально внимательном и глубоком исследовании оказывается сложным, сочетанием тяжелого органического поражения головного мозга с функционально-невротическим расстройством у личности со смешанной структурой характера и неблагоприятным социальным окружением.

Если при обнаружении тяжелой органической патологии у пациента с функционально-невротическим фасадом психотерапевт отправляет его назад к врачу-соматологу (неврологу, онкологу, др.), не продолжая психологически, психотерапевтически помогать больному, это будет неправильно, я бы сказал, непрофессионально. Чаще бывает наоборот. Например, пациентка демонстрирует студенчески классическую картину истерического гиперкинеза (афонии, пареза, икоты и т.д.) в сопровождении соответствующего камуфляжа поведения, в т. ч. чередующихся рыданий со смехом. Каждому специалисту, мало-мальски знакомому с невротическими расстройствами, тут же становится ясно, что перед ним истерическая пациентка, поэтому, не долго думая, приступает к лечению. Наш опыт показывает, что те случаи, когда каждому участковому терапевту, каждой медсестре тут же становится ясно (благодаря демонстрируемой больной шаржированной истерической симптоматике), что это истерия, всегда необходимо особенно тщательно исследовать больную.

Шаржированной истерии, как правило (это подтверждено в последние десятилетия, благодаря высоко объективизирующей бо-

лезненные проявления технике, например, компьютерной томографии и др., а также глубокому научному изучению ларвированных форм эндогенных психических заболеваний), не бывает без церебрально-органического или наследственного психического отягощения. Однако, обнаружив органику или эндогенную психическую патологию, психотерапевт, если он психиатр, назначает лекарственную терапию и советуется с коллегами, что бы более эффективное назначить, продолжая и углубляя психотерапию. Психотерапевт-психолог должен направить больную к психиатру, с которым работает в контакте (лучше, если присутствует на консультации), продолжая оказывать психотерапевтическую помощь.

Что касается методов психотерапии, применяемых при лечении конверсионных (диссоциативных), т. е. истерических расстройств, то они все те же, что применяются в отношении пациентов с остальными невротическими расстройствами (разумеется, с определенными особенностями, указанными ниже) и укладываются в несколько направлений: 1) пациент должен понять, что и почему с ним (и с другими людьми в подобных ситуациях) происходит; 2) пациент должен научиться владеть мышечной, эмоциональной и вегетативной саморегуляцией (для этого вовсе не обязательно применять стандартный аутотренинг или гипноз); 3) пациент должен научиться жить, а не лечиться; реализовывать свой творческий потенциал человека и гражданина в контексте общечеловеческих ценностей.

Все это невозможно реализовать вне добротного, близкого, теплого психотерапевтического контакта, установлению и поддержанию которого, наверное, можно и нужно научиться, но, как показывает опыт патриархов и корифеев психотерапии, никто их этому не учил, зато искреннее желание помочь страждущему невротическому пациенту направляло их врачебное и психологическое умение в нужном направлении.

При установление контакта с истерической пациенткой необходима большая эмоциональность с обязательным учетом ее конституциональных особенностей.

Так, например, при аффективной/циклоидной основе, учитывая общительность, реализм, склонность к юмору, уместны шутки, цитирование стихов, быстрая смена темы обсуждения, обращение к здравому смыслу.

При шизоидной основе никоим образом нельзя разрывать ту дистанцию, на которой держит вас пациентка. Тон и темп беседы заметно ниже. Здесь уместно обсуждение

философских проблем, поэзии, вопросов психологии и парапсихологии, некоторая теоретичность обсуждения вообще.

При эпилептоидной основе вообще нужно больше слушать и соглашаться на первых порах, только затем солидно, со ссылкой на толстые книги на полках обосновывать свои объяснения вопросов этиопатогенеза и психотерапии.

Мешать установлению продуктивного контакта может испытываемое некоторыми психотерапевтами неприятие, небрежение или даже отвращение к демонстративному, фальшивому поведению истеричек. Высокоинтуитивные пациентки обязательно почувствуют это, даже если профессиональным вниманием и вежливостью попытаться скрыть свое личное негативное отношение к ним.

Если контакт установлен и сложились теплые доверительные отношения с пациенткой, необходимо в доступной и принимаемой ею форме развенчать истерию как проявление слабости, незрелости, компрометирующей ее в обществе. В ряде случаев этому может способствовать, заручившись ее согласием, суггестивное провоцирование у пациентки истерических расстройств [7].

Совместное исследование истерии и гипноза, проведенное еще в Сальпетриер знаменитым французским неврологом Ж.-М. Шарко [14], позволило заподозрить некую общность этих двух явлений – клинического и терапевтического. Более того (сейчас, через сто с лишним лет, об этом можно судить вполне определенно), до конца не разобравшись в проявлениях и сути подозреваемой общности, – что, конечно, на уровне тех научных знаний было и невозможно – Ж.-М. Шарко заключил со свойственной ему категоричностью, что гипноз – это искусственно спровоцированная истерия.

Последующие исследования истерии и гипноза, проведенные представителями других школ [4, 9, 15, 16], показали, что клиничко-патогенетическую основу истерии, особенно при диссоциативных расстройствах, составляет сужение сознания от легких обнубилирующих проявлений до сомнамбулического помрачения. С другой стороны, индукция гипнотического состояния в решающей мере сводится к специальным способам физического и психического воздействия, приводящим к сужению сознания у пациента вплоть до сомнамбулического помрачения, но при наличии контакта/раппорта между ним и психотерапевтом. Именно благодаря созданному изолированному раппорту удается реализовать лечебные установки/суггестии, направленные

на нормализацию вегетативной регуляции, эмоциональных расстройств и других самых разнообразных дисфункций.

Учитывая свойственную истерическим пациентам высокую эмоциональность, художественность/первосигнальность, способность к вытеснению, проведение с ними методов психотерапии в измененном состоянии сознания нередко дает весьма быстрый терапевтический эффект. Однако лечение истерии не должно сводиться лишь к директивным гипносуггестивным методикам, ибо сведет психотерапию к профанации ее вообще, т. к., устраняя симптом, они (суггестии) едва ли способны вскрыть причины расстройства, перестроить систему отношений пациента и привить ему позитивный жизненный опыт. Именно благодаря частым рецидивам при одностороннем гипносуггестивном подходе в лечении истерии и были созданы 100 лет назад более основательные методы: система рациональной психотерапии П. Дюбуа и Ж. Дежерина и психоанализ З. Фрейда, а затем на их основе и другие методы.

При невротических расстройствах истерического круга комплекс аналитических, перевоспитывающих воздействий должен быть значительным и составлять основу психотерапии.

Психотерапия психастении, особенно в состоянии декомпенсации, когда больного буквально изнуряют массивные обсессивно-фобические и компульсивные расстройства, – об этом знает каждый опытный специалист – представляет собой весьма нелегкий труд, требующий терпения и призвания. Нередко лечение в этих случаях надо начинать с лекарственной терапии, используя умеренные и малые дозы современных антидепрессантов и нейролептиков. Случаи соматоформных вегетативных дисфункций у психастеничных мужчин, в т. ч. ларингоспазм, дисфагия (относимые преимущественно к истерическим синдромам и наблюдаемые преимущественно у женщин), по нашим наблюдениям выгодно отличаются эффективностью психотерапии, проведение которой имеет свои особенности [17].

Въедливые по натуре психастеничные пациенты, чтобы поверить психотерапевту, должны убедиться, во-первых, в том, что он их понимает, и, во-вторых, – что психотерапевт в их проблемах является большим специалистом. Здесь никакие самореклама и внешние эффекты не способны положительно повлиять на пациента – скорее, наоборот. Поэтому, работая с психастеником, нужно заранее запастись терпением

и временем, чтобы совместно с пациентом разгрести ворох его проблем. Подобный подход способен привести к хорошему результату, если умело сочетать, подобно П. Дюбуа [18] и Ж. Дежерину [19], своеобразные комбинации из разъяснений-убеждений с внушениями (прямыми и косвенными/вооруженными). Будучи людьми мыслительного, кортикального типа, анализирующими все и вся, психастеники тем не менее хорошо усваивают внезапно брошенные, вызывающие состояние оторопи, короткие внушения. Лучше всего это получается, если применять разработанную нами психотерапию на контакте [17, 20].

Обычно психастеники негативно относятся к гипнотерапии и к тому же малогипнабельны. Но если с ними проводится глубокая комплексная/мульти-модальная психотерапия и достигнут хороший контакт, то в целях усиления седативного и стимулирующего эффекта можно применить и гипнотерапию. Однако вначале психастеник должен в полной мере получить информацию о гипнозе как природной защите с позиций Павлова–Данилевского о производных гипноза: медитации и аутотренинге. Иногда пациенту надо дать почитать соответствующую литературу. Только после всего этого можно приступать к проведению гипнотерапии, загружая при этом все сенсорные системы пациента и его воображение. Такой подход, по моим наблюдениям, способствует повышению гипнабельности и общей эффективности психотерапии пациентов с психастеническими расстройствами.

Серьезно и надолго помочь погрязшему в трясине навязчивых сомнений психастенику едва ли возможно, не занимая и не переключая его внимание работой (С.И. Консторум [8]), физкультурой, путешествием, хобби (В.Ф. Простомолотов [18]), не оживляя его эмоций. В этом отношении представляет интерес терапия творческим самовыражением М.Е. Бурно [21].

Психастеники тяготеют к здоровому образу жизни, поэтому надо всячески стимулировать их к занятиям физкультурой. Мой опыт в этом отношении указывает на то, что регулярные пешие прогулки в парках по хорошо проветриваемым проспектам, водные процедуры типа моржевания, улучшая общее физическое состояние пациента, – по принципу *mens sano in corpore sano* – улучшают и стабилизируют их психическое состояние.

Несмотря на, казалось бы, такие существенные различия в клинике и патогенезе психастении и истерии, обусловленные

кортикальністю першої і субкортикальністю другої, у них багато загального, що, очевидно, пояснюється і загальними конституціональними корнями, на що було об-

рачено увагу вище і що, в свою чергу, передбачає, наряду з відмінностями, і багато загального в лікуванні, в т. ч. психічної терапії і профілактиці.

### Література

1. Leongard K. Aktsentuirovannye lichnosti: per. s nem. [Accented personalities: transl. from German]. Kiev, Vishcha shkola Publ., 1981, 392 p. (In Russ.)
2. Gannushkin P. B. Izbrannye trudy [The selected works]. Moscow, Medicina Publ., 1964, 292 p. (In Russ.)
3. Krechmer E. Ob isterii: per. s nem. [About hysteria: transl. from German]. Moscow – Leningrad, Gosizdat Publ., 1928, 160 p. (In Russ.)
4. Yaspers K. Obshchaya psikhopatologiya: per. s nem. [General Psychopathology: transl. from German]. Moscow, Praktika Publ., 1997, 1056 p. (In Russ.)
5. Lichko A. E. Psikhopatii i aktsentuatsii kharaktera u podrostkov [Psychopathies and the accentuations of character of adolescents]. Leningrad, Meditsina Publ., 1983, 256 p. (In Russ.)
6. Karvasarskij B. D. Nevrozy [Neuroses]. Moscow, Medicina Publ., 1990, 596 p. (In Russ.)
7. Prostomolotov V. F. K sravnitel'noy kharakteristike nevrozov i pogranichnykh sostoyaniy u zhenschin i muzhchin (chastota, osobennosti kliniki i dinamiki) [For comparative characterization of neurosis and borderline states in men and women (frequency, clinical characteristics and dynamics)]. Curier Medical MS RM, 1995, no. 4, pp. 43–47. (In Russ.)
8. Konstorum S. I. Opyt prakticheskoy psihoterapii [Experience of practical psychotherapy]. 2nd ed., Moscow, 1962, 224 p. (In Russ.)
9. Aleksandrovskij Ju. A. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva: uchebnoe posobie [Boundary mental disorders: textbook]. Moscow, Medicina Publ., 2000, 496 p. (In Russ.)
10. Pavlov I. P. Dvadtsatiletniy opyt ob»ektivnogo izucheniya vysshey nervnoy deyatel'nosti (povedeniya) zhivotnykh [Twenty years of objective study of higher nervous activity (behavior) of animals]. Moscow, Nauka Publ., 1973, 508 p. (In Russ.)
11. Krechmer E. Stroenie tela i kharakter: per. s nem. [The structure of the body and nature: transl. from German]. Moscow, 1930, 304 p. (In Russ.)
12. Kovalev V. V. Nekotorye obshhie zakonomernosti kliniki pogranichnykh sostoyaniy u detey i podrostkov [Some general patterns of clinic border states of children and adolescents]. Zhurn. nevropatol. i psikiatr, 1972, no. 10, pp. 1520–1525. (In Russ.)
13. Molokhov A. N. Ob istericheskom razvitiy lichnosti [About the hysterical personality development]. Sov. nevropatol., psikiat. i psikhogig., 1932, vol. 1, no. 12, pp. 829–832. (In Russ.)
14. Charcot J. M. Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques. Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences, 1994, pp. 403–405.
15. Rozhnov V. E. O roli gipnoza v psikhoterapii [About the role of hypnosis in psychotherapy]. Voprosy psikhoterapii, Moscow, 1966, pp. 22–26. (In Russ.)
16. Yakubik A. Isteriya: per. s pol'sk. [Hysteria: transl. from Polish]. Moscow, Meditsina Publ., 1982, 344 p. (In Russ.)
17. Prostomolotov V. F. Razmyshleniya o psikhoterapii [Reflections on psychotherapy]. Odessa, VMV Publ., 2013, 352 p. (In Russ.)
18. Dyubua P. Psikhonevrozy i ikh psikhicheskoe lechenie: per. s frants. [Psychoneurosis and psychic healing: transl. from French]. St. Petersburg, K. L. Rikker Publ., 1912, 382 p. (In Russ.)
19. Dejerine J., Gauckler E. Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses. leur traitement par la psychothérapie. Paris, Masson, 1911, IX-561 p.
20. Prostomolotov V. F. Psikhoterapiya na kontakte [Psychotherapy on the contact]. N.-pr. zhurnal «Novoe v nauke i praktike». Odessa, 2000, no. 1 (7), p. 30. (In Russ.)
21. Burno M. E. Terapiya tvorcheskimi samovyrazheniyami [Therapy of creative expression]. Moscow, Medicina Publ., 1989, 304 p. (In Russ.)

### КОНВЕРСІЙНІ/ДИССОЦІАТИВНІ ТА ОБСЕССИВНО-ФОБІЧНІ СИМПТОМИ У СТРУКТУРІ НЕВРОТИЧНИХ РЕАКЦІЙ, НЕВРОТИЧНИХ/ПСИХОПАТИЧНИХ РОЗВИТКІВ І РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ У КОНТЕКСТІ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОТЕРАПІЇ

В. Ф. Простомолотов

Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова

**Анотація.** У статті описано клінічні варіанти психастенічного та істеричного типів характеру, що проявляються обсецивно-фобічними і конверсійними/диссоціативними розладами. Відповідно до конституціональної основи (циклоїдної, шизоїдної, епілептоїдної або їх змішанні), на основі якої, на думку автора, розвивається істеричний і психастенічний характер, клінічні прояви можуть помітно відрізнятися, що ускладнює діагностику, встановлення та підтримання психотерапевтичного контакту, проведення адекват-

### CONVERSIONAL/DISSOCIATIVE AND OBSESSIVE-PHOBIC SYMPTOMS IN THE STRUCTURE OF NEUROTIC REACTIONS, NEUROPATHIC/PSYCHOPATHIC DEVELOPMENTS AND PERSONALITY DISORDERS IN THE CONTEXT OF THE PECULIARITIES OF PSYCHOTHERAPY

V. F. Prostomolotov

I. I. Mechnikov Odessa National University

**Summary.** The article describes clinical variants of psychasthenic and hysterical types of character manifested in obsessive-phobic and conversional/dissociative disorders. In accordance with constitution (cycloid, schizoid, epileptoid, or mixed), on the basis of which, in the opinion of the author, hysterical and psychasthenic character is evolved, the clinical manifestations can vary considerably, making it difficult to diagnose, establish and maintain mental contact, conduct adequate therapy. The difficulties don't end there. The so

ної психотерапії. Труднощі на цьому не закінчуються. Прийняті в теорії, описані в підручниках і монографіях т. зв. класичні типи і форми пограничних психічних розладів у клінічній реальності виявляються рідкісними, значно поступаючись змішаним. У цій роботі акцент зроблено саме на детальному описі нових підтипів і підваріантів, використовуючи старі класичні моделі.

**Ключові слова:** конверсійні, тривожно-фобічні, характер, акцентуація, розлад особистості, змішання симптомів, особливості терапії.

called classical types and forms of border mental disorders described in textbooks and monographs in clinical reality are rare, much rarer than mixed. The emphasis is made on the detailed description of new subtypes and subvariants using old classical models.

**Key words:** conversion, anxious-phobic, character, accentuation, personality disorder, confusion of symptoms, peculiarities of therapy.

УДК 616.89; 615.851



## ПСИХІЧНИЙ СТАН БАТЬКІВ, ЯКІ ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ (КЛІНІКО-ПСИХІАТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ)

Р. В. Рахманов

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України  
КЗ «Дніпропетровська клінічна психоневрологічна лікарня» ДОР

**Анотація.** У статті досліджували характер формування психічних розладів у батьків, які виховують дітей з дитячим церебральним паралічем, затримкою психічного та мовного розвитку. Визначено психічні та поведінкові реакції батьків на діагноз дитини, описано специфіку клінічних та психологічних проявів патопсихічних розладів протягом виховання, догляду та лікування дитини. Відокремлено поведінкові риси стану тяжкого горя у гострому періоді догляду за дитиною; депресивні, фобічні, тривожні та іпохондричні розлади, особливо у перші роки розвитку захворювання. На основі отриманих даних, що відображають механізми формування психопатологічних розладів у батьків, пропонується надання диференційованої комплексної психіатричної допомоги батькам на етапах лікування неврологічних розладів дитини з дитячим церебральним паралічем.

**Ключові слова:** психічний стан батьків, поведінкові розлади, дитячий церебральний параліч, діагностика.

### Вступ

До важливих проблем сучасної медицини, що мають медико-соціальне значення, належать медична та психосоціальна реабілітація батьків тяжкохворих дітей з обмеженими можливостями, зокрема, з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) [1]. За статистичними даними, кількість дітей, хворих на ДЦП, невпинно зростає, а сама патологія є найбільш частою та основною причиною дитячої інвалідності [2]. При цьому в цієї категорії дітей діагностуються коморбідні стани, зокрема, з аутизмом, затримкою психічного розвитку. Серед дітей з нормальною вагою при народженні, що стали інвалідами з ДЦП, 70,0% стали ними внаслідок впливу факторів до народження (перинатальний період), 20,0% – змішані чинники (перинатальний період і перші чотири тижні після народження), 10,0% – в постнатальний період (протягом перших двох років життя) [3].

У медичній та психосоціальній реабілітації

дітей з ДЦП важливу роль відіграє стан самих батьків, ті труднощі, що переживає сім'я з хворою дитиною [4–6]. Діагноз сприймається батьками як велика трагедія, що руйнує всі надії і очікування членів сім'ї, пов'язані з появою спадкоємця, а осмислення та набуття нових життєвих цінностей розтягується. Реакція батьків на захворювання визначається станом дитини, проте не зважаючи на кінцевий діагноз, батьки страждають на тяжкий психологічний дискомфорт, що провокує або загострює психічні та поведінкові розлади [7, 8]. У батьків формується неправильна модель виховання, що спотворює рольові відносини та мікроклімат сім'ї. Зважаючи на це, лікування хворих дітей з ДЦП потребує своєчасного виявлення психічних розладів батьків та їх відповідної психотерапевтичної корекції.

### Мета дослідження

Встановлення особливостей психічних та поведінкових розладів непсихотичного рівня батьків, діти яких страждають на ДЦП.